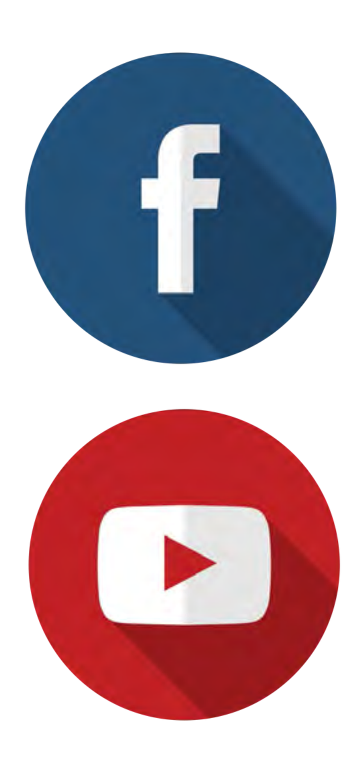
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Brûlures caustiques du tractus digestif supérieur BCTDS

Dr K.LAYAIDA

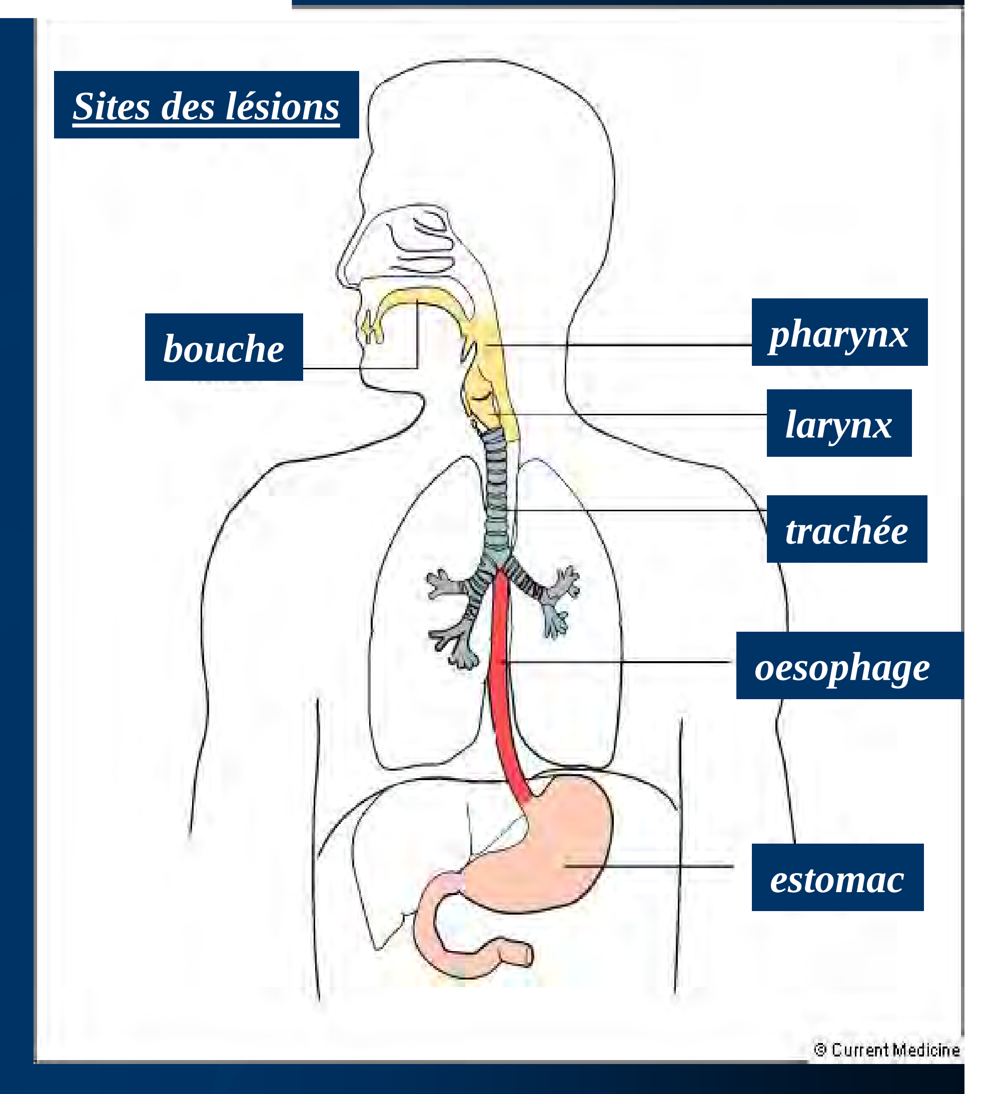
Introduction(1) Définitions

Produit caustique

Produit chimique susceptible d'entraîner des lésions tissulaires au niveau de son lieu d'application.

BCTDH

Lésions tissulaires II aires à la prise accidentelle ou volontaire d'un produit caustique, intéressant le tractus digestif supérieur mais également sphère ORL et l'arbre respiratoire (brûlures graves).



Introduction(2)

- Accident fréquent
- Urgence diagnostique et thérapeutique
  - ↳ ***prise en charge pluridisciplinaire en milieu spécialisé.***
- Endoscopie digestive haute:
  - ↳ ***examen clé ➡ bilan lésionnel initial***
    - ↳ ***attitude thérapeutique***
- **Pronostic:**
  - **Court terme:** ***Pronostic vital***
  - **Long terme:** ***Pronostic fonctionnel*** ++
    - ***Dégénérescence = état précancéreux***

Produits caustiques 1

Bases

Déboucheurs de tuyaux
nettoyants four
Ammoniac liquide: volatile
Olivette





Mécanisme

Nécrose liquéfaction
Diffusion pariétale (médiastin ++)
Caract.visqueux lésions
→ œsophage>estomac

Acides

Acide chlorhydrique(acide de batteries)
Acide sulfurique(esprit de sels)

→

Nécrose coagulation
Limitation de la pénétration vers les plans profonds
Caract liquide/spasme pylore
→ lésions antre>œsophage

Oxydants

Eau de javel [↑], qté ↑
Eau oxygénée
$KMnO_4$ Cps

→

Dénaturation des protéines
Nécrose

Produits caustiques 2

- L'étendue et la sévérité des lésions dépend de plusieurs facteurs:
  - **Nature du produit:** acide, base, oxydant, autres.
  - **Forme:** liquide, solide, visqueuse, volatile.
  - **Quantité et concentration**

Terrain

- Enfant ➡ Ingestion accidentelle ➡ Quantité ↓
  lésions moins sévères



Prise en charge initiale

Éviter les manœuvres intempestives
- Faire vomir
- Sonde nasogastrique
- Antidotes?

Interrogatoire
- Heure
- Circonstances
- Type caustique
- Qtité (?)
- Psychotropes

Examen clinique
- État hémodynamique
- Digestif
- ORL
- Pleuropulmonaire
- Neurologique

Examens complémentaires
- ASP, RP
- Biologie: bilan rénal, gaz du sang, CIVD

1ére situation

Complications immédiates

- Dyspnée
- Détresse respiratoire

→ CTC à forte dose → Échec intubation trachéale → Échec trachéotomie

État de choc → Réanimation → Si échec chirurgie

troubles neurologiques: agitation, confusion mentale

Acidose métabolique

Insuffisance rénale

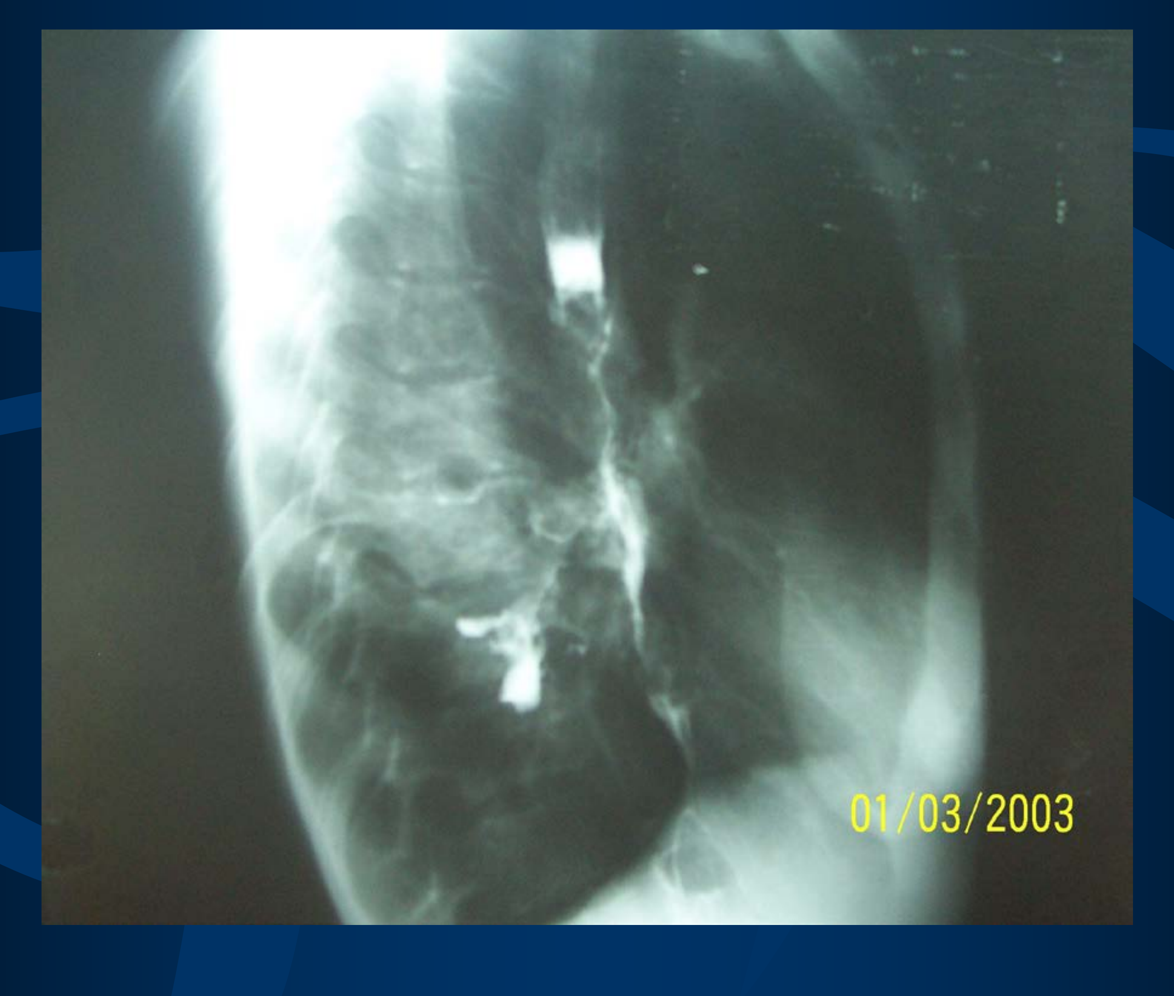
→ Chirurgie

Perforation →

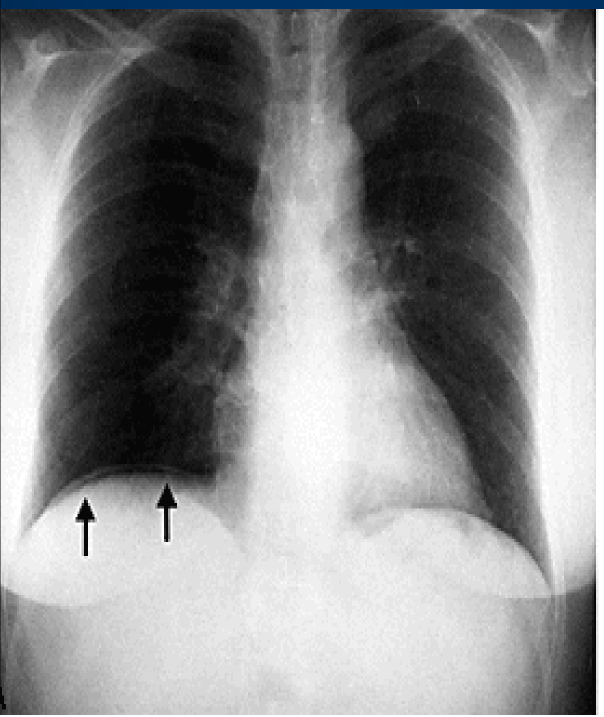
- Défense, contracture
- Pneumopéritoine/
- Pneumomédiastin
- Rx hydrosolubles

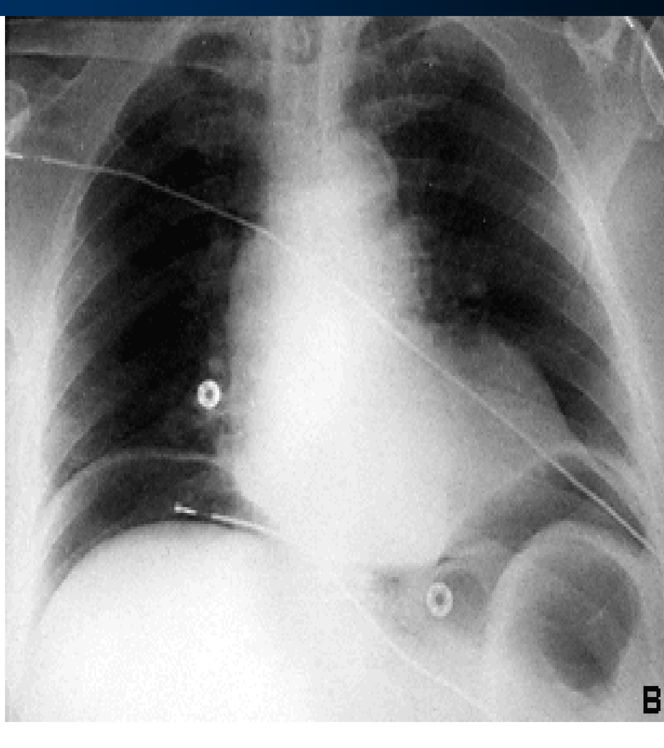
→ Chirurgie

Perforation de l'œsophage









GURE 38-4. Pneumoperitoneum accompanying perforated duodenal ulcer. Upright radiographs from o patients reveal (A) minimal pneumoperitoneum (arrows) and (B) massive pneumoperitoneum.







Absence de complications

Bilan endoscopique

Endoscopie digestive haute

- Systématique:
  - Absence parallélisme lésions buccales et lésions digestives
- Intérêts:
  - Diagnostic
  - Classification des lésions: 4 stades
  - Cartographie des lésions
  - Indications thérapeutiques
- Moment: au mieux avant 8 ème H
  - CI après 48 H(fragilité muqueuse risque perforation)

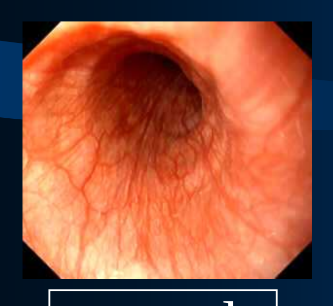
Endoscopie bronchique

- En cas de lésions digestives sévères
- Même stades
- Peut modifier la stratégie chirurgicale



Classification endoscopique

Stade 0



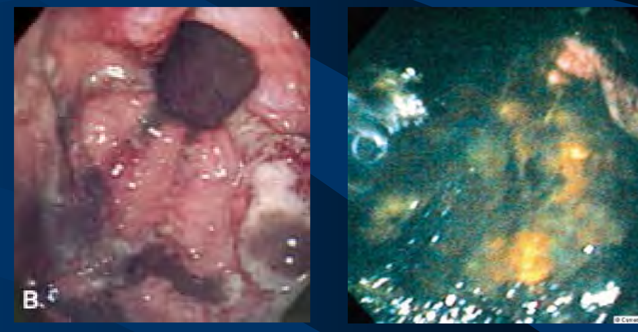
normal

Stade I	Stade IIa	Stade IIb	stade III a	Stade IIIb
Érythème/ pétéchies	Ulcérations linéaires ou arrondies	Ulcérations Circulaires/ confluentes	Nécrose localisée	Nécrose diffuse









Lésions oro-pharyngées



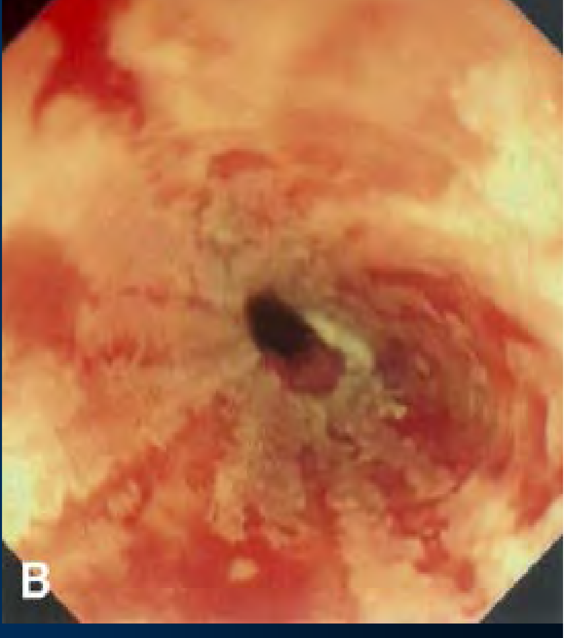




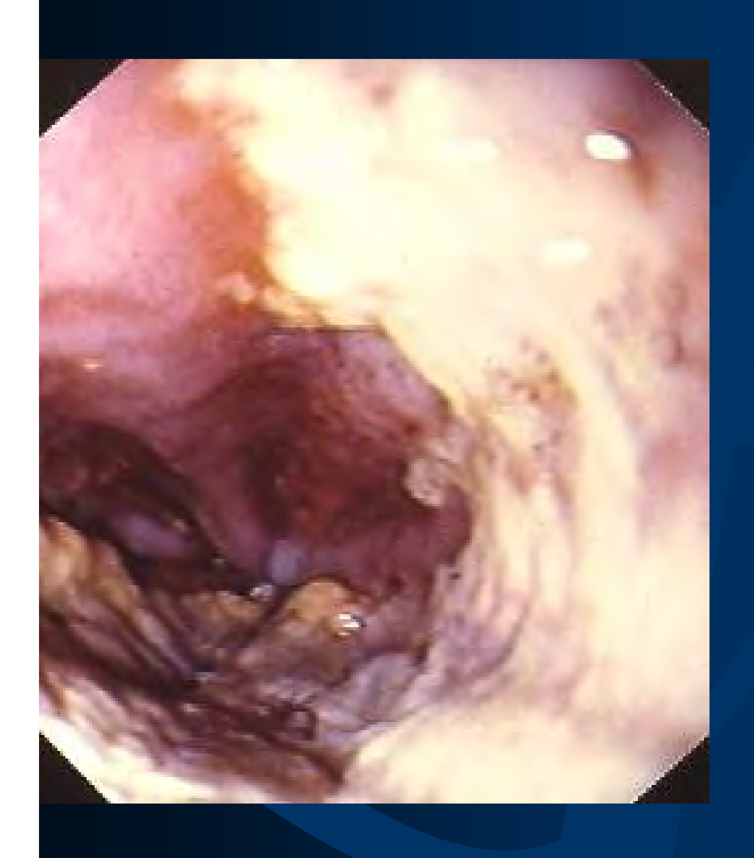
Stade 0 | Stade I | Stade II

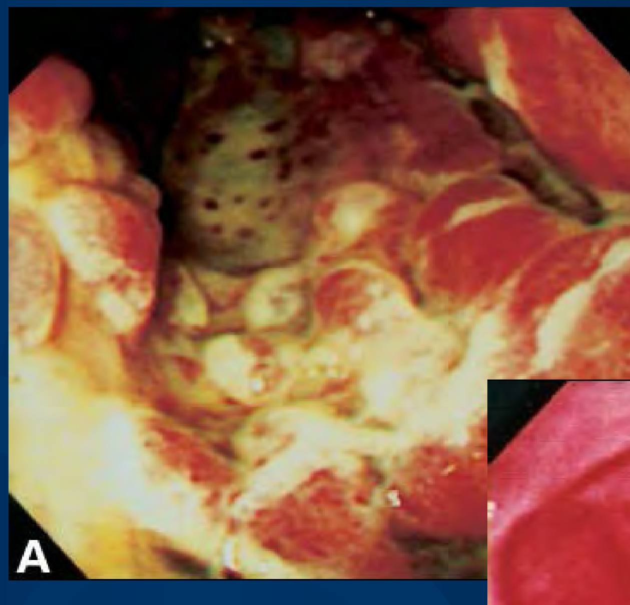






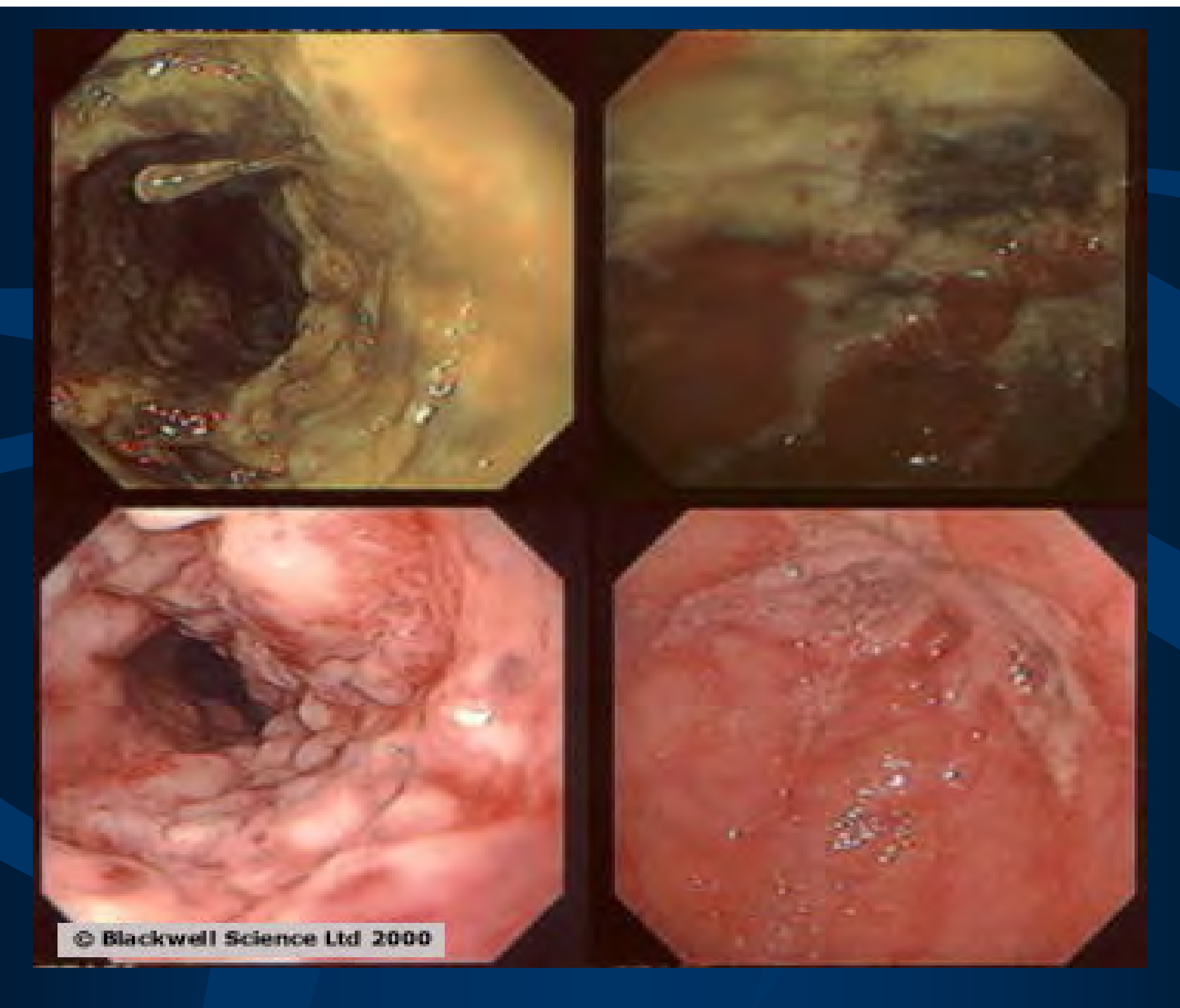
Lésions oeso-gastriques IIIa







IIb Œsophagien
IIIa Estomac
En bas évolution après 15 jours



Nécrose œsogastrique IIIb

Stratégie thérapeutique stade III b

Endoscopie bronchique

Présence de lésions sévères

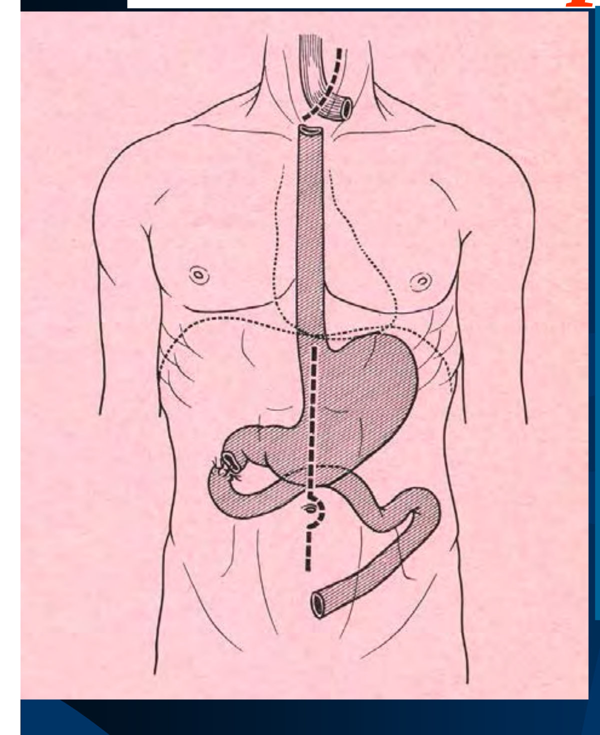
Thoracotomie droite

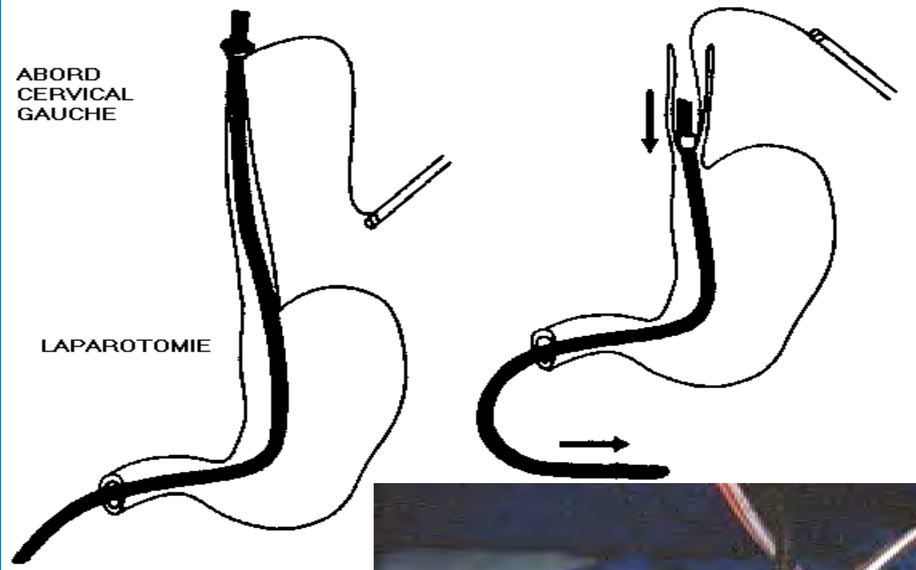
Patch pulmonaire

Absence de lésions sévères

Thorax fermé stripping oesophage

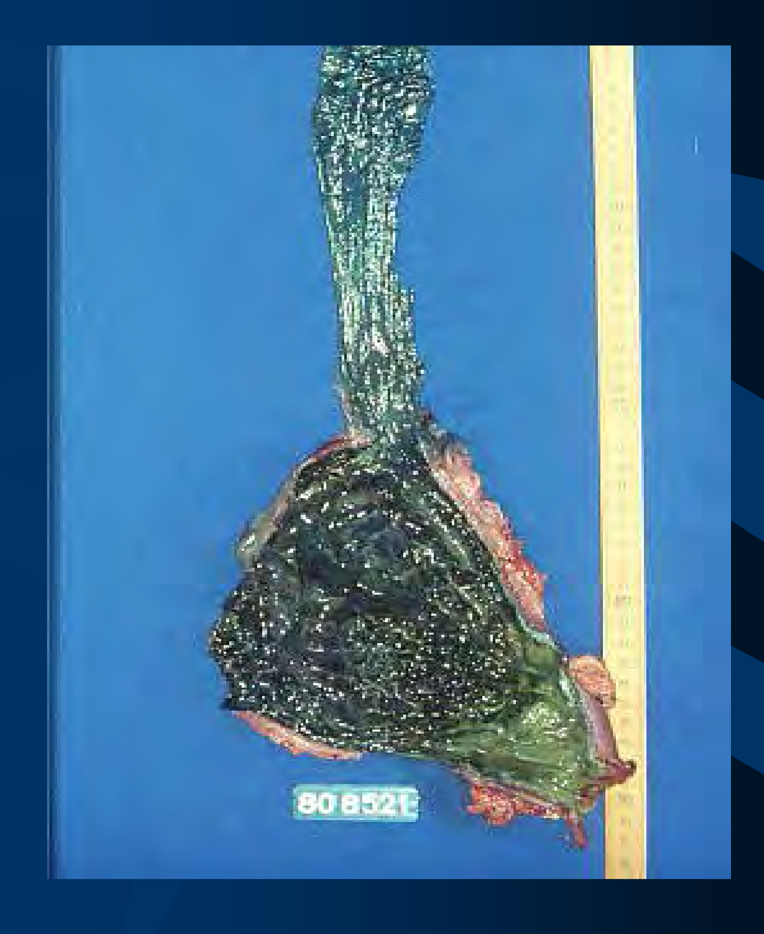
Oesophagectomie à thorax fermé Stripping de l'œsophage



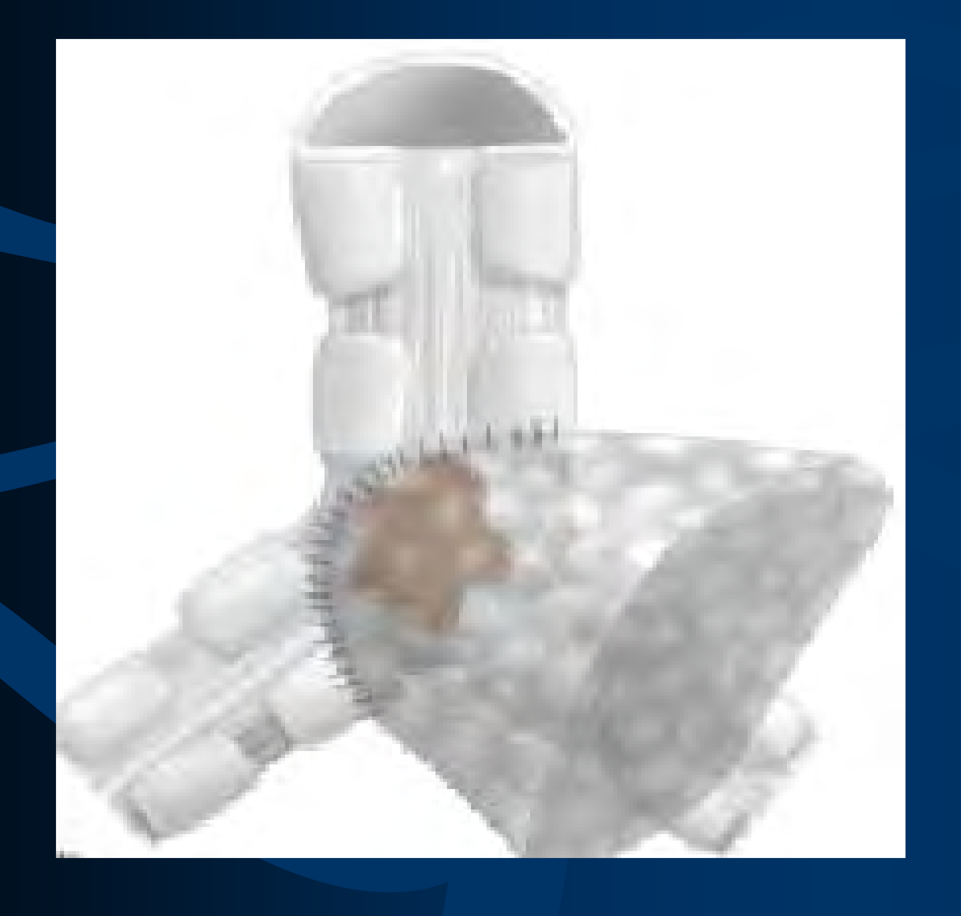


Nécrose oeso-gastrique totale





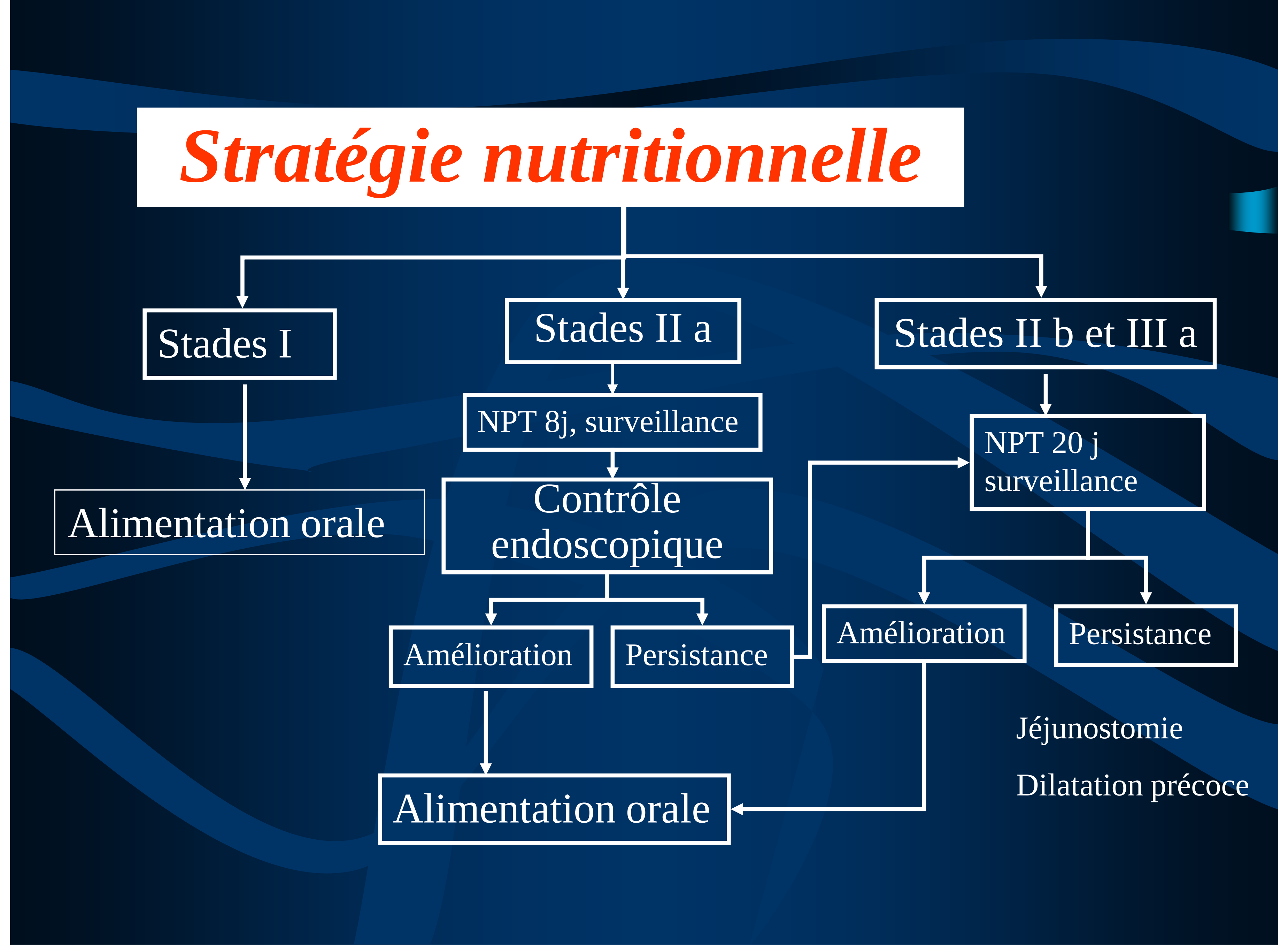
Patch pulmonaire



Le patch pulmonaire est suturé à distance des berges de la perforation bronchique

Stratégie thérapeutique autres stades

- Mise au repos du tractus digestif jusqu'à cicatrisation des lésions:
  - Hyperalimentation parentérale totale ou entérale par jéjunostomie en cas de lésions sévères.
- Corticoïdes: controversés
- Antibiotiques
- Antisécrétoires: efficacité?
- Antalgiques: éviter les morphiniques (peuvent masquer un sd pritonéal).
- Surveillance des complications II aires+++


Stratégie nutritionnelle
Stades I
Stades II a
Stades II b et III a
Alimentation orale
NPT 8j, surveillance
Contrôle endoscopique
Amélioration
Persistance
NPT 20 j surveillance
Amélioration
Persistance
Jéjunostomie
Dilatation précoce
Alimentation orale



- **Infections**
  - Pleuropulmonaires
  - Septicémie
- **Perforation II**
  - **Oesophage**
    - Médiastinite
    - Pyopneumothorax
  - **Gastrique**
    - **Bouchée**
      - Syndrome infectieux
      - Abcès sous phrénique
      - Hyperleucocytose à PN
    - **Péritoine libre**
      - Péritonite généralisée
- **Hémorragie**
  - Chute d'escarre
  - ≈10 ème j
- **Fistules**
  - Gastro-coliques
  - Gastro-duodénales
  - Oeso-trachéales
  - Oeso-bronchiques.
  - Oeso-aortiques.

Fistules œsophagiennes





Complications tardives

Sténoses

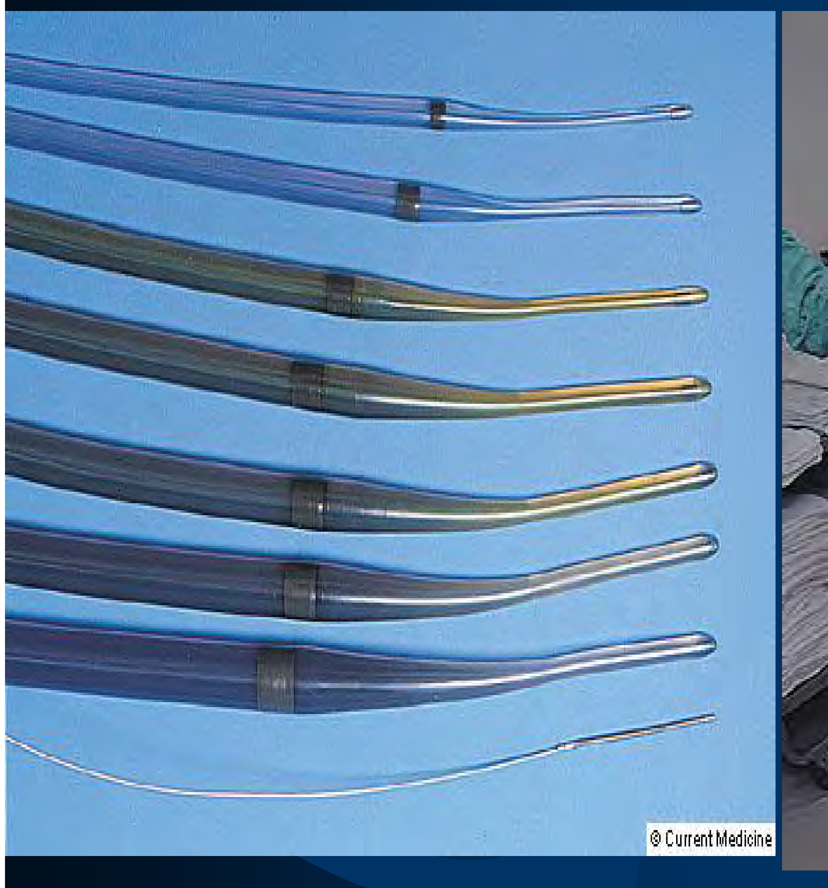
- Oesophagiennes courtes, régulières
  - Dilatation bougies Savary
    AG; 1-2 séances /sem , moment ≥1 mois
    - Succès → Surveillance
    - Échec → Chirurgie
- Oesophagiennes longues, irrégulières, multiples
  - Chirurgie
    - Plastie oesophagienne: Gastrique ou colique
- Gastriques
  - Chirurgie
    - Gastrectomie partielle /totale

Sténoses œsophagiennes



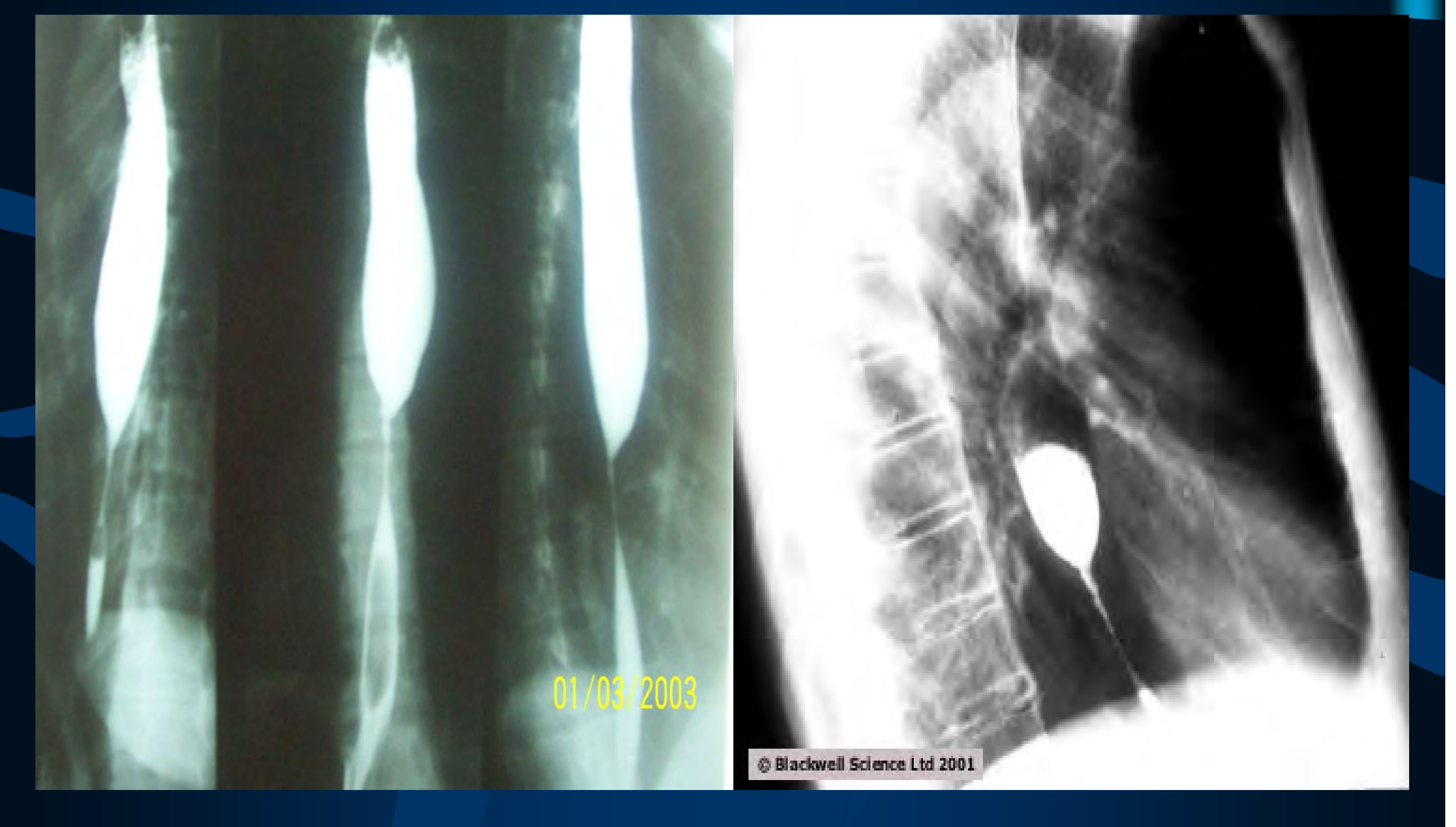


Dilatation aux bougies de Savary





Sténoses œsophagiennes courtes et régulières



Sténoses œsophagiennes longues/irrégulières

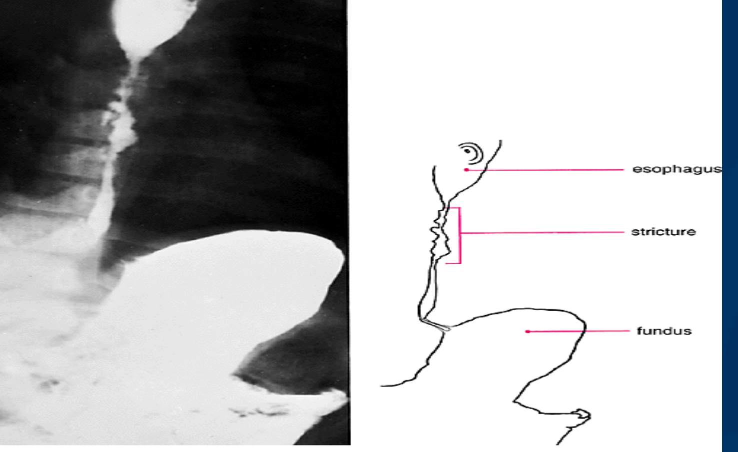
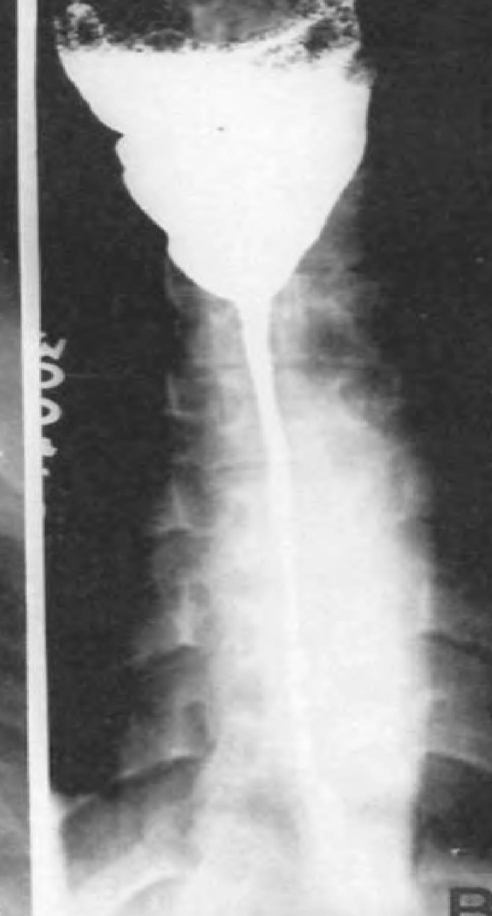


Figure 18-6. Esophageal stricture caused by caustic injury to the esophagus.





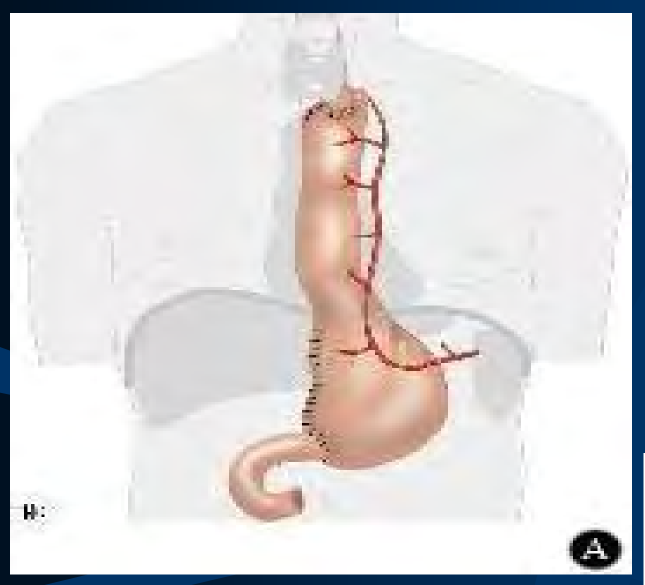


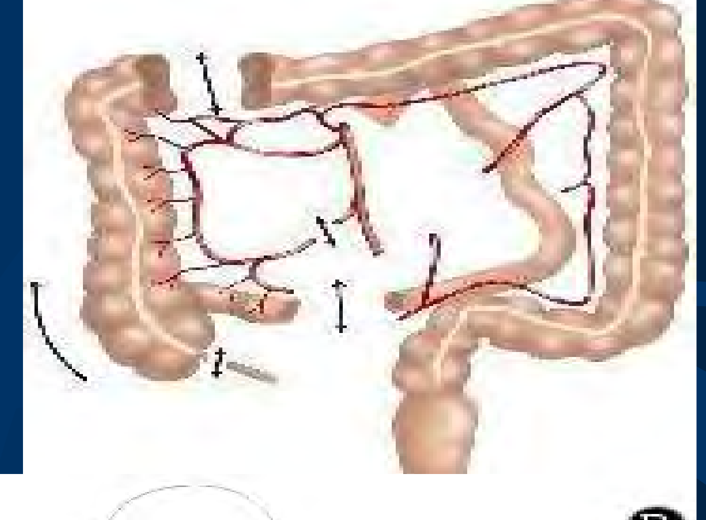
Sténose gastrique

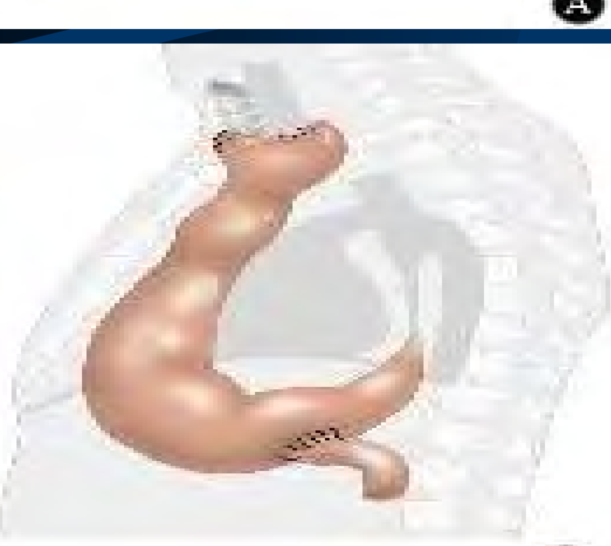


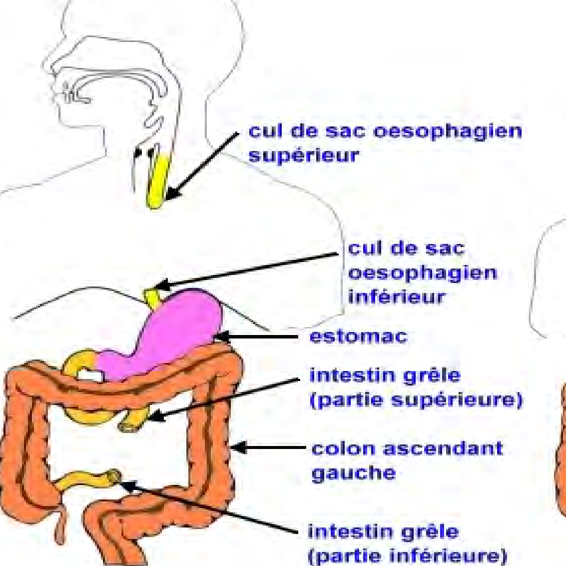


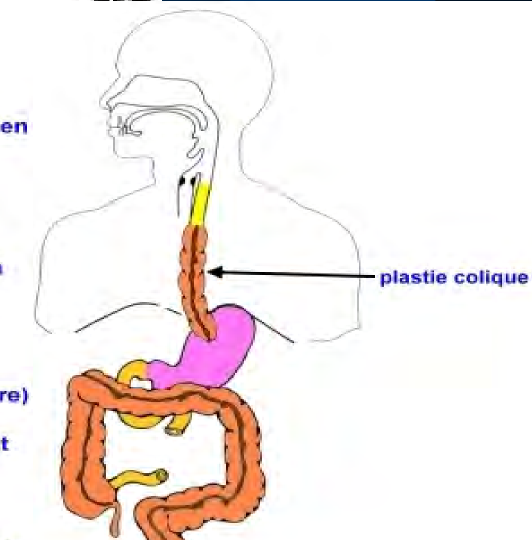
Œsophagoplastie







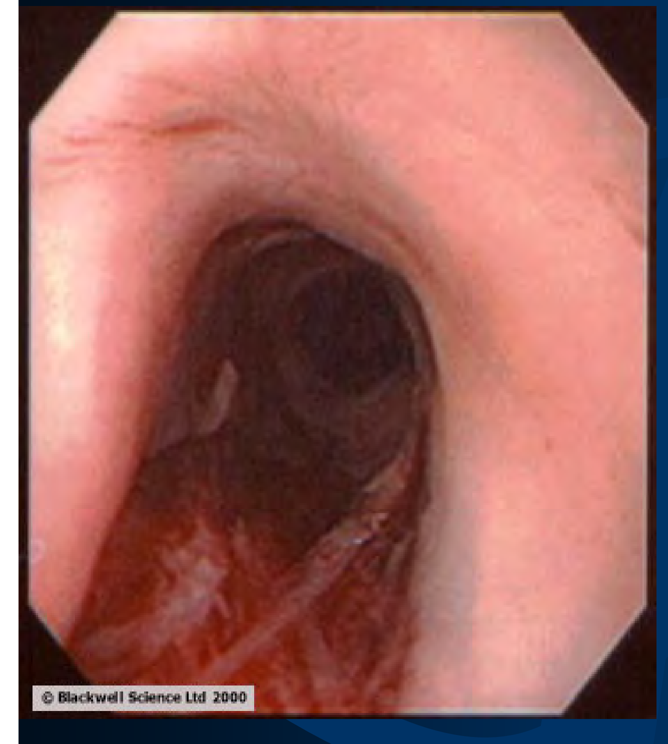




Complications tardives cancer œsophage

- Risque x 1000 /population générale.
- Survient après 40 ans de l'ingestion notamment en cas de sténose et de lésions sévères.
- Facteur favorisant: dilatations répétées des sténoses.
- Carcinome épidermoïde.
- Surveillance endoscopique régulière après 20 ans: recherche de lésions de dysplasie.

Cancer de l'œsophage











Conclusion(1)

- **L'ingestion d'un produit caustique constitue un évènement dramatique.**
- **Seule une prise en charge médicale et chirurgicale adéquate peut diminuer la mortalité.**
- **Le bilan initial endoscopique permet de faire l'inventaire des lésions digestives et respiratoires qui conditionnent le pronostic et commandent la stratégie thérapeutique.**

Conclusion(2)

- La chirurgie d’exérèse en urgence s’impose en cas de lésions nécrotiques étendues ou de complications.
- Le traitement des séquelles est long et délicat.
- La prise en charge psychiatrique s’impose en cas d’ingestion volontaire.
- La prévention reste le véritable traitement efficace.